

第3号様式

斑鳩町一般不妊治療・不育治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療・不育治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
代表者名

※代表者名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみ場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
○当該患者が、今回行った一般不育治療について記入してください。				
・院外処方の有無(<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)				
本人負担額の内訳	区分	保険診療以外の本人負担額		合計額 ③
		医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②	
	令和 年 4月分	円	円	円
	令和 年 5月分	円	円	円
	令和 年 6月分	円	円	円
	令和 年 7月分	円	円	円
	令和 年 8月分	円	円	円
	令和 年 9月分	円	円	円
	令和 年 10月分	円	円	円
	令和 年 11月分	円	円	円
	令和 年 12月分	円	円	円
	令和 年 1月分	円	円	円
	令和 年 2月分	円	円	円
令和 年 3月分	円	円	円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕				円(④の合計額となります。)
領収金額				

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療又は不育治療に係るもののみご記入ください。

2 は該当項目をチェックしてください。

3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。